
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière

Cadre de référence

Itinérance au féminin

Octobre 2017

Québec 

Rédaction

- Nathalie Harcc, Centre intégré de santé et services sociaux (CISSS) de Lanaudière
- François Savoie, CISSS de Lanaudière
- Julie Thériault, CISSS de Lanaudière

Collaboration

- Élisabeth Cadieux, CISSS de Lanaudière
- Josée Payette, CISSS de Lanaudière

Révision

- Julie Bouchard, CISSS de Lanaudière
- Nicole Laurin, Centre d'intégration professionnelle de Lanaudière (CIPL)
- Francine Rivest, Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL)

Validation

Les membres du comité Analyse différenciée selon les sexes (ADS) CISSS de Lanaudière - TCGFL :

- Isabelle Bazinet, Avec des Elles
- Mélissa Bellemarre, Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) La Chrysalide
- Céline Benny, Maison Pauline Bonin
- Julie Bouchard, CISSS de Lanaudière
- Nicole Laurin, Centre d'intégration professionnelle de Lanaudière
- Francine Rivest, Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière (TCGFL)
- François Savoie, CISSS de Lanaudière
- Julie Thériault, CISSS de Lanaudière

Le comité ADS a été formé au printemps 2016. Il a comme mandat de s'assurer que les femmes bénéficient de conditions d'accès à des soins de santé et à des services sociaux dans Lanaudière.

Corrections

- Nathalie Dionne, CISSS de Lanaudière
- Maryse Bérubé, CISSS de Lanaudière

Mise en page

- Nathalie Dionne, CISSS de Lanaudière

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, 2017

À la condition d'en mentionner la source, la reproduction de cet ouvrage à des fins non commerciales est autorisée.

Table des matières

Table des matières.....	3
Liste des sigles et acronymes	4
1. Mise en contexte	5
2. Introduction	6
3. Définitions	6
3.1 Trois types d'itinérance	7
3.2 Itinérance visible et invisible.....	7
4. Analyse différenciée selon les sexes.....	9
5. Nombre de personnes vivant en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	9
6. Caractéristiques similaires entre l'itinérance masculine et l'itinérance féminine.....	10
6.1 Santé mentale.....	11
6.1.1. Chez les jeunes	11
6.1.2. Chez les adultes	12
6.2 Dépendances.....	13
6.2.1 Alcool et problèmes divers	13
6.2.2. Toxicomanie et troubles concomitants	14
6.3. Santé physique	17
6.4. Socialisation	17
7. Conditions de vie dans Lanaudière	18
7.1. Données socioéconomiques	18
7.2. Femmes des communautés culturelles et les femmes autochtones.....	20
7.3 Urbanité, ruralité	20
8. Caractéristiques de l'itinérance des femmes	21
8.1 Violence	22
8.1.1. Victimes d'infractions sexuelles.....	23
8.1.2 Victimes de violence conjugale	23
8.2 Souci de l'apparence.....	24
8.3 Maternité, famille et logement	24
8.4 Logement.....	25
8.5 Réceptivité aux thérapies	25
9. Conclusion	26
10. Bibliographie.....	27

Liste des sigles et acronymes

ADS :	Analyse différenciée selon les sexes
ARIC :	Association Internationale pour la Recherche Interculturelle
CALACS :	Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel
CAMH :	Centre for Addiction and Mental Health
CIPL :	Centre d'intégration professionnelle de Lanaudière
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CRIL :	Comité régional en itinérance de Lanaudière
DSPublique :	Direction de la santé publique
ENM :	Enquête nationale auprès des ménages
EQSP :	Enquête québécoise sur la santé de la population
ESCC :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FQCRPAT :	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PUL :	Presses de l'Université Laval
RDF :	Rue des femmes
RHU :	Ressource d'hébergement d'urgence
RIIQ :	Réseau d'aide aux itinérants et itinérantes du Québec
TAPIL :	Table Action Prévention en Itinérance de Lanaudière
TCGFL :	Table de concertation des groupes de femmes de Lanaudière
UQÀM :	Université du Québec à Montréal

1. Mise en contexte

Le phénomène de l'itinérance prend de l'ampleur, se diversifie et se complexifie, et ce, tant sur le plan national, provincial que régional. Il apparaît qu'au moins 200 000 Canadiens et Canadiennes vivent ce phénomène chaque année (Gaetz et al., 2013). Dans la région de Lanaudière, deux dénombrements ont permis de constater une augmentation de la population féminine touchée par l'itinérance entre l'activité de 2011 et celle de 2012 (Cadioux et al., 2011; 2013). De nombreux besoins en recherche restent à combler, notamment ceux liés à l'identification des enjeux et des nécessités spécifiques inhérents à l'itinérance féminine. Ce nouveau savoir permettrait de mieux saisir les besoins des femmes et des adolescentes vivant en situation d'itinérance ou à risque de le devenir afin de mieux y répondre.

Le présent cadre de référence est destiné aux personnes intéressées à obtenir des réponses quant à la situation de l'itinérance féminine et de ses particularités dans Lanaudière. Il vise à guider le déploiement des actions sur le territoire lanauois pour améliorer la réponse aux besoins des femmes itinérantes. Il vient également combler une lacune en ce qui concerne les différences entre l'itinérance féminine et l'itinérance masculine, conformément à l'orientation 1 du *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2013* (prolongé jusqu'en 2015), qui a pour but d'améliorer notre connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être (MSSS, 2016)

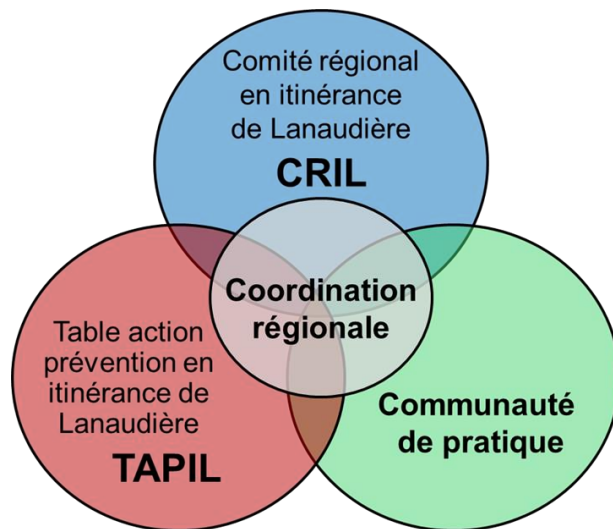
Au printemps 2016, le comité mixte Analyse différenciée selon les sexes (ADS) CISSS de Lanaudière – TCGFL a été mis sur pied. Il est composé de représentantes de groupes de femmes de la région, d'intervenantes et du gestionnaire responsable des dossiers Santé des femmes et Itinérance du CISSS de Lanaudière. Le comité a procédé à une ADS pour mieux comprendre le phénomène des femmes itinérantes ou à risque de le devenir. De plus, il souhaite favoriser la mobilisation des différents acteurs régionaux et locaux afin d'adapter l'offre de services auprès de ces femmes.

Ce cadre de référence répond également à l'objectif suivant du *Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020* (MSSS, 2014) :

« Réalisation d'une recherche visant à documenter l'itinérance chez les femmes dans une perspective d'amélioration des modes d'intervention [et de] documentation des enjeux entourant la violence conjugale et l'itinérance. »(p.30)

À cet effet, la région de Lanaudière bénéficie de leviers importants en matière de collaboration et de partenariat en lien avec l'itinérance. Ainsi, trois instances de concertation ont été mises en place : la Table Action Prévention en Itinérance de Lanaudière (TAPIL), la communauté de pratique en itinérance et le Comité régional en itinérance Lanaudière (CRIL) assurent le suivi des orientations et des actions liées aux problématiques ou de l'itinérance. Le CISSS de Lanaudière assure un leadership mobilisateur et le suivi des objectifs liés à la réalisation du plan d'action régional établi en concordance avec le plan d'action interministériel. Quant au Comité régional en itinérance de Lanaudière (CRIL), il s'assure d'intégrer les orientations de l'ADS dans les objectifs régionaux. Ce document est donc un premier pas dans cette direction.

Suivant les pratiques les plus prometteuses, il sera important de faire preuve d'innovation et de réalisme dans les stratégies ou à déployer pour répondre aux besoins spécifiques des femmes itinérantes ou à risque élevé de le devenir. Expérimenter des interventions de manière concertée et recueillir des données objectivables sont préconisés dans cette perspective de déploiement de pratiques fiables.



Finalement, outre le *Plan d'action en santé et bien-être des femmes 2010-2015* et le Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020, différents programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et plusieurs des directions du CISSS de Lanaudière prévoient une intervention ou une vigilance particulière à l'égard des personnes itinérantes.

2. Introduction

Mettre en lumière la différence entre l'état d'itinérance au féminin et l'état d'itinérance au masculin demeure encore difficile à documenter. Peu d'écrits ont été faits à ce sujet. Pourtant, de plus en plus de régions du Québec, spécifiquement en milieu urbain, s'intéressent à cette particularité, mais la situation d'itinérance est souvent plutôt méconnue en milieux ruraux.

Le présent cadre de référence prend assise sur de nombreux ouvrages et publications, traitant du phénomène de l'itinérance et de ses problèmes associés, soit la violence, la santé mentale et physique, la judiciarisation et les problèmes de dépendance. Il présente une revue sommaire de littérature québécoise, canadienne, américaine et parfois européenne liée à l'itinérance au féminin. Également, un portrait statistique des problématiques associées est exposé. Il est constitué de différents angles qui sont une base de discussion pour commencer un réel travail sur l'itinérance des femmes.

3. Définitions

La littérature sociale regorge de définitions concernant l'itinérance. Dans ce document, le Comité ADS CISSSL-TCGFL a retenu la définition du Québec considérée dans la Politique nationale de lutte à l'itinérance (MSSS, 2014) soit :

« L'itinérance désigne un processus de désaffiliation sociale et une situation de rupture sociale qui se manifestent par la difficulté pour une personne d'avoir un domicile stable, sécuritaire, adéquat et salubre en raison de la faible disponibilité des logements ou de son incapacité à s'y maintenir et, à la fois, par la difficulté de maintenir des rapports fonctionnels, stables et sécuritaires dans la communauté. L'itinérance s'explique par la combinaison

de facteurs sociaux et individuels qui s'inscrivent dans le parcours de vie des hommes et des femmes.»(p.30)

3.1 Trois types d'itinérance

On distingue trois types d'itinérance : situationnelle, cyclique et chronique.

- **Itinérance situationnelle**

L'itinérance dite «situationnelle» se réfère « à la situation des personnes qui, momentanément en difficulté, sont sans logement, sans chez-soi. Ces situations sont les moins visibles et se distinguent par le fait qu'après un épisode passé sans abri, ces personnes parviennent à se reloger et à établir de nouveaux contacts sociaux. Ce type d'itinérance serait le plus répandu. » (MSSS, 2014, p.30)

- **Itinérance cyclique**

L'itinérance cyclique réfère « à la situation des personnes qui alternent entre un logement et la vie dans la rue. Elle se traduit par une répétition, plus ou moins régulière, des situations d'itinérance dans leur vie. » (MSSS, 2014, p.31)

- **Itinérance chronique**

Les situations d'itinérance chronique sont « les plus visibles et les plus préoccupantes. Les personnes dans cette situation n'ont pas occupé un logement depuis une longue période. Selon plusieurs études canadiennes et américaines, le nombre de personnes en situation d'itinérance chronique est relativement peu élevé. Toutefois, elles utiliseraient un grand nombre de services, générant plusieurs interventions et des coûts sociaux importants.»(MSSS, 2014, p.31)

3.2 Itinérance visible et invisible

Considérant que l'ensemble de la littérature consultée qualifie l'itinérance féminine de phénomène majoritairement invisible, deux catégories d'itinérances inspirées par Novac (2006) et Gélinau et al. (2008) sont ici présentées, l'itinérance visible et l'itinérance invisible. Ces définitions sont complémentaires aux précédentes afin de faciliter la compréhension de certaines situations d'itinérance. Certaines spécificités féminines de l'itinérance invisible seront exposées plus loin dans la section «Caractéristique de l'itinérance des femmes.

- **Itinérance visible**

Novac (2006) réfère « l'itinérance visible » à l'itinérance absolue, laquelle Gélinau et al. (2008) qualifie de visible. Cette catégorie inclut les personnes sans domicile fixe, celles qui dorment dans les parcs, sous les ponts et autres endroits à risque; elle réfère aux personnes qui *dorment à la dure*. Les chercheurs s'entendent pour dire que cette catégorie demeure la plus consensuelle dans la littérature en lien avec l'itinérance.

- **Itinérance invisible**

La deuxième catégorie, selon Novac, est l'itinérance invisible. C'est une forme d'itinérance cachée, relative ou occultée; elle inclut également le concept *à risque de le devenir*. Cette catégorie renvoie aux personnes résidant temporairement chez des

connaissances, des membres de la famille, des amis ou dans des maisons d'hébergement.

Notons que Novac, Brown et Bourbonnais (1996), ainsi que Kappel Ramji consulting group constatent que l'itinérance invisible est davantage vécue par les femmes et les jeunes que par les hommes.

La littérature rapporte également que les femmes sont moins portées à dormir dans la rue et qu'elles ont tendance à fréquenter les refuges (Mercier, 1996) Une nuit à la rue leur apparaît traumatisante et les femmes sont prêtes à tout pour ne pas y arriver. Elles adoptent donc une multitude de stratégies leur permettant d'éviter la rue et de porter le stigmate de l'itinérance. Parmi les stratégies liées à l'itinérance cachée, les femmes préfèrent demeurer temporairement chez des amis ou des membres de leur famille, elles endurent une cohabitation malsaine, elles résident dans un foyer où elles font l'objet d'actes violents ou de conflits familiaux (Mercier, 1996).

- L'itinérance invisible comprend aussi les femmes qui sont dans les situations suivantes : consacrent une grande part de leur revenu au logement et n'ont plus d'argent pour les nécessités de la vie, comme la nourriture;
- risquent d'être expulsées de leur logement;
- vivent dans des édifices hors normes, insalubres, ou dans des logements surpeuplés.

Un grand nombre de femmes sont donc à risque de devenir itinérantes. Ce phénomène n'est toutefois pas quantifié ni qualifié statistiquement. En 2010, une étude de l'organisme La rue des Femmes de Montréal révèle que la vie des femmes en contexte d'itinérance invisible constitue un facteur de fragilisation supplémentaire par rapport à leur santé globale.

«Les femmes en situation d'itinérance invisible font appel aux services du centre de jour de La Rue des Femmes et demandent un hébergement. Elles ont un grand besoin de soutien psychologique, d'écoute, de compréhension, de nourriture et de vêtements et d'accompagnement dans la communauté. Elles sont vulnérables et démunies financièrement. Elles sont dans un processus d'autodestruction psychologique.» (La rue des femmes de Montréal, 2010, p.8)

Soulignons qu'il est primordial, outre une analyse selon les sexes, de différencier les portraits d'itinérance en fonction du milieu ou du contexte où elle s'exerce. Ainsi, le portrait de l'itinérance dans un grand centre urbain est bien différent de celui en milieu urbain, en milieu rural ou dans les plus petites villes. L'anonymat des grands centres urbains et la tolérance au phénomène favorisent une itinérance beaucoup plus visible. Dans les plus petites communautés, il est plus difficile de passer inaperçue et le partage de l'espace public est souvent conflictuel.

4. Analyse différenciée selon les sexes¹

Depuis 1997, le gouvernement du Québec travaille à inscrire dans ses pratiques et sa culture administrative une approche contribuant à l'égalité entre les femmes et les hommes : l'analyse différenciée selon les sexes (ADS).

En 2006, l'ADS a été inscrite comme l'un des outils de gouvernance dans le cadre de sa politique gouvernementale concernant l'égalité entre les femmes et les hommes «*Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*». (Secrétariat à la condition féminine, 2007).

L'ADS est un processus d'analyse favorisant l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes par l'entremise des orientations et actions des instances décisionnelles de la société sur le plan local, régional et national. Elle a pour objet de discerner de façon préventive les effets distincts sur les femmes et les hommes que pourra avoir l'adoption d'un projet à l'intention des citoyennes et des citoyens, et ce, sur la base des réalités et des besoins spécifiques des femmes et des hommes. Elle vise la prise en compte des différences (biologiques, économiques, sociales, culturelles, etc.) entre les femmes et les hommes lors de la planification, de la programmation et de la dispensation, notamment des soins et des services de santé.

Utiliser l'ADS permet de tenir compte de deux réalités différentes et d'en dégager des enjeux pour les deux sexes. Dans certaines situations, l'ADS mènera à l'offre de mesures différentes aux femmes et aux hommes en vue de mieux répondre à leurs besoins et de réduire les inégalités dans la desserte des services.

L'égalité est vue comme un concept qui propose que les femmes et les hommes bénéficient de conditions égales pour exercer leurs droits et exploiter leur potentiel. Ainsi, ils et elles contribuent à l'évolution politique, économique, sociale et culturelle, tout en bénéficiant des changements réalisés.

5. Nombre de personnes vivant en situation d'itinérance ou à risque de le devenir

Plusieurs tentatives de dénombrement de l'itinérance ont été entreprises au Québec et même ailleurs au Canada. Bien que différentes méthodologies aient été utilisées, elles n'ont pas permis de faire consensus sur le nombre exact de personnes itinérantes, et encore moins sur le nombre de femmes.

Par contre, les organismes œuvrant en itinérance rapportent observer une augmentation du nombre de femmes itinérantes et avancent une proportion allant du quart au tiers des itinérants qui seraient des femmes. Bien que les résultats de l'enquête de Fournier et Chevalier (1998) datent de la fin des années 1990, on y dénombrait déjà une 23 % de femmes à Montréal et 37 % à Québec. Dans une étude nationale sur les refuges, Segaert (2012) rapportait que de 2005 à 2009 le pourcentage de femmes fréquentant des refuges d'urgence (26 %) était toutefois inférieur à celui des hommes (74).

¹ Tiré du Secrétariat à la condition féminine du Québec, 2007.

Par ailleurs, McDonald , Dergal et Cleghorn (2007) relatent, dans une étude menée à Toronto, une plus grande prévalence de femmes que d'hommes qui deviennent itinérantes pour la première fois à un âge avancé.

Plus spécifiquement dans la région Lanaudière, deux exercices de dénombrement ont été réalisés en 2011(Cadieux et al., 2011) et en 2012 (Cadieux et al., 2013) permettant de documenter sommairement le portrait de la clientèle itinérante par l'utilisation des ressources de la région. Ainsi, en 2012 particulièrement, lors des quatre jours de collecte de données, 451 personnes ont fréquenté les maisons d'hébergement du territoire. De ce nombre, 23 % étaient des femmes, dont la moyenne d'âge était de 34,6 ans. Les principales problématiques associées étaient la santé mentale dans 38 % des cas et la toxicomanie chez la moitié des personnes ayant utilisé les services. Notons que seules les ressources en hébergement d'urgence (RHU) et non les maisons d'hébergement pour femmes avaient été recensées. Entre les deux années de collecte, une augmentation de l'ordre de 7% du nombre de femmes ayant fréquenté les maisons d'hébergement avait été observée

Toujours en 2012, en ce qui a trait au dortoir (hébergement d'urgence), la population féminine ne représentait que 9 % des personnes ayant utilisé les services. Encore une fois, la toxicomanie représentait la problématique la plus souvent observée, et ce, dans 41 % des situations. Pour ce qui est de la fréquentation des centres de jour, des 302 personnes ayant fréquenté les services lors des jours de collecte, 34 % étaient des femmes.

6. Caractéristiques similaires entre l'itinérance masculine et l'itinérance féminine

L'itinérance est associée à une grande vulnérabilité et constitue une préoccupation constante pour les intervenantes et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que des organismes communautaires. De façon générale, l'état de santé des personnes circulant dans ces réseaux indique l'ampleur et la diversité des besoins en matière de soins et de services (Carrière, Hurtubise, Lauzon, 2003).

La population itinérante est difficilement accessible et elle est souvent perçue comme étant réfractaire aux pratiques habituelles de soins, de traitements et de prévention. Elle présente un bilan de santé bien inférieur à la moyenne de la population, selon Frankish, Hwang et Quantz (2005) et Harris, Mowbray et Solarz (1994).

Bien que les éléments nommés ci-haut contribuent à la détérioration de l'état des personnes en situation d'itinérance, ils ne sont pas à eux seuls des déterminants, mais doivent être considérés comme des facteurs de fragilisation à la détérioration qui peuvent conduire à l'itinérance. Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, on dit de l'itinérance qu'elle n'est pas un incident de parcours, mais davantage un parcours d'incidents.

Dans les deux groupes, on observe les mêmes problèmes fréquents reliés :

- à la santé mentale;
- à la santé physique;
- à diverses dépendances.

Les sections suivantes permettront de dresser un portrait plus précis de ces problématiques pour lesquelles des études et analyses pourraient faire l'objet de travaux ultérieurs sur l'itinérance des femmes.

6.1 Santé mentale

Une étude ontarienne notoire (étude Pathways to Homelessness réalisée en 1998 citée dans Riordan, (2004) informe que 66 % des personnes itinérantes à Toronto présentent un diagnostic de maladie mentale chronique, ce qui est de 2 à 3 fois le taux de la population générale, alors que 70 % présentent un problème de toxicomanie, et conséquemment, une forte proportion présente un trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie. Globalement, on constate que 86 % des personnes itinérantes sont aux prises avec une maladie mentale ou avec la toxicomanie. Afin de contrer la perception voulant que la fermeture des hôpitaux psychiatriques ait mené directement à l'augmentation de la population itinérante atteinte de maladies mentales, l'étude conclut que seulement 6 % des personnes en situation d'itinérance rencontrées avaient été admises dans un établissement dans l'année précédant immédiatement le début de l'itinérance, tandis que 30 % avaient eu des démêlés avec la justice.

Des études québécoises démontrent que de 40 % à 60 % des personnes en situation d'itinérance sont confrontées à divers problèmes de santé mentale (détresse, dépression, idéation suicidaire) (Poirier, Hachey et Lecompte, 2000; Fournier et Mercier, 1996).

Les informations qui suivent permettent de mettre en lumière des liens potentiels, à la lumière de la recension des écrits, entre l'itinérance et les problématiques de santé mentale. Elles réfèrent à des données Lanaudoises provenant d'enquêtes populationnelles récentes de santé et de bien-être au Québec.

6.1.1. Chez les jeunes

Ces résultats relativement à quelques particularités liées à la santé mentale et psychosociale des jeunes fréquentant des écoles secondaires de Lanaudière proviennent de l'*Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011* (Service de surveillance, recherche et évaluation, 2016).

Parmi les jeunes des écoles secondaires de Lanaudière, les filles sont, en proportion², plus nombreuses que les garçons :

- à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (31 % contre 13 %);
- à avoir des troubles d'anxiété (12 % contre 6,5 %) et des épisodes de dépression (6,0 % contre 2,7 %) plus souvent confirmés par un médecin;
- la prévalence des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité quant à elle, pour les moins de 24 ans est deux fois plus élevée chez les garçons que chez les filles (6,7 % contre 3,3 %).
- à avoir eu au moins un comportement d'agressivité indirecte³ au cours de leur vie (74 % contre 59 %);

² Les pourcentages dont la valeur est égale ou supérieure à 10 % sont arrondis à l'unité.

³ Fait référence à des comportements subtils et souvent inaperçus qui blessent volontairement la personne visée.

- à avoir infligé de la violence (psychologique, physique ou sexuelle) au moins une fois dans leurs relations amoureuses au cours des douze derniers mois (35 % contre 18 %);
- à avoir subi de la violence (psychologique, physique ou sexuelle) au moins une fois dans leurs relations amoureuses au cours des douze derniers mois (39 % contre 27 %);
- à avoir infligé et subi de la violence (psychologique, physique ou sexuelle) au moins une fois dans leurs relations amoureuses au cours des douze derniers mois (25 % contre 13 %);
- à avoir eu des relations sexuelles forcées au cours de leur vie (14 ans et plus) (11 % contre 2,1 %);
- à avoir été victimes de cyber intimidation⁴ (6,1 % contre 3,6 %).

Parmi les jeunes des écoles secondaires de Lanaudière, les filles sont, en proportion, moins nombreuses que les garçons :

- à avoir eu au moins un comportement d'agressivité directe⁵ au cours de leur vie (28 % contre 48 %);
- à avoir eu au moins une conduite imprudente ou rebelle⁶ au cours des douze derniers mois (31 % contre 41 %);
- à avoir commis au moins un acte délinquant⁷ au cours des douze derniers mois (31 % contre 50 %);
- à avoir été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école⁸ durant l'année scolaire (27 % contre 41 %).

6.1.2. Chez les adultes⁹

En 2013-2014 dans Lanaudière, 3,6 % des femmes et 6,0 % des hommes de 18 ans et plus déclarent se percevoir en moins bonne santé mentale. De même, 28 % et 29 % des hommes disent éprouver un niveau élevé de stress quotidien.

En 2014-2015 :

- par rapport à la détresse psychologique, les Lanaudoises (22 %) en sont davantage affectées à un niveau élevé que les Lanaudois (12 %);
- concernant les tentatives et idéations suicidaires, les femmes de 15 ans et plus sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes à avoir songé sérieusement au suicide (13 % contre 8,8 %) ou avoir tenté de se suicider (6,6 % contre 3,7 %) au cours de leur vie;
- quant aux troubles mentaux, aux troubles anxieux, dépressifs et aux troubles de la personnalité limite, leur prévalence est respectivement de 12 %, 6,6 % et

⁴ Consiste à faire usage d'un moyen technologique (ordinateur, cellulaire, etc.) pour nuire volontairement à une autre personne.

⁵ Fait référence à des comportements qui font subir de la douleur physique aux victimes ou qui les insécurisent.

⁶ Fait référence aux trois types de comportements difficiles suivants : sortir une nuit complète sans permission, être interrogé par des policiers au sujet de quelque chose qu'il aurait fait et avoir fugué de la maison. Il y a conduite imprudente ou rebelle de la part de l'élève lorsqu'au moins un de ces trois comportements est survenu au moins une fois au cours des douze derniers mois.

⁷ Fait référence à un élève qui affirme avoir commis au moins un de ces comportements : a fait un vol, endommagé ou détruit le bien d'autrui, blessé quelqu'un, porté une arme, vendu de la drogue ou tenté des attouchements sexuels auprès d'une personne qui ne voulait pas.

⁸ La violence peut être psychologique (injures, menaces, etc.), physique (bousculades, coups, etc.) ou sexuelle. Elle concerne aussi le *taxage* et les menaces ou attaques par des membres de gang.

⁹ Ce texte s'inspire fortement du portrait populationnel rédigé par le Service de surveillance, recherche et évaluation en 2015, mise à jour en 2016. Les statistiques présentées sont issues des banques de données disponibles au moment de sa rédaction..

0,4 % parmi la population. Ces troubles affectent davantage les femmes que les hommes;

- la prévalence des troubles schizophréniques, quoique très faible, est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (0,3 contre 0,2 %).

6.2 Dépendances

6.2.1 Alcool et problèmes divers

Parmi la population générale aux États-Unis, Regier (1990) estime que 29 % des individus avec un problème de santé mentale ont déjà présenté un problème de consommation au cours de leur vie, alors que cette prévalence est évaluée à 16 % pour l'ensemble de la population. Il est aussi noté qu'on retrouve une variété de troubles mentaux chez les alcooliques tels que des troubles anxieux (19 %), des troubles de l'humeur (13 %), des troubles de la personnalité antisociale (14 %), de la schizophrénie (4 %), etc. Ce même constat s'applique à ceux qui présentent un trouble lié aux drogues : troubles anxieux (28 %), de l'humeur (26 %), de la personnalité antisociale (18 %) et de schizophrénie (7 %). Dans 80 à 90 % des cas, l'alcool est la cause de la pancréatite, dans ses formes aiguës ou chroniques. Si la pancréatite aiguë autorise un retour à un fonctionnement normal, la pancréatite chronique cause des cicatrices permanentes qui engendrent un mauvais fonctionnement durable du pancréas et une suite possible de complications multiples.

La relation de causalité entre la consommation de l'alcool et le taux d'hypertension semble présente dans les deux sexes et semble être indépendante des autres facteurs de risque, incluant les habitudes nutritionnelles. Les études italiennes de Trevisan et al., (1998) qui regroupent neuf études sur les maladies cardiovasculaires effectuées entre 1978 et 1987 dont quatre s'intéressaient à la consommation et à la façon de boire, ont montré que les buveurs de vin pendant et en dehors des repas avaient une prévalence d'hypertension plus élevée, et ceci, chez les deux sexes. L'étude Fuchs DF, Chambless LE, et al (2001), a démontré que l'incidence de l'hypertension est la même chez les sujets consommant entre 0 et 209 g d'alcool par semaine et ce n'est qu'à partir de 210 g (soit trois boissons standards d'alcool par jour) qu'une incidence plus élevée est observée. L'étude menée par Western New York Health Study, (2001)¹⁰ ajoute un élément intéressant signifiant que le risque d'hypertension est augmenté chez les clients buvant en dehors des repas, même pour les individus ayant une consommation faible à modérée.

Le tableau suivant met en concordance les problématiques associées à la consommation d'alcool sur la santé.

¹⁰ Lifetime alcohol drinking pattern is related to the prevalence of metabolic syndrome. The Western New York Health Study (WNYHS). Fan AZ, Russell M, Dorn J, Freudenheim JL, Nochajski T, Hovey K, Trevisan M. Eur J Epidemiol. 2006;21(2):129-38.

Tableau 1 Variation en pourcentage du risque relatif à long terme par nombre moyen de verres d'alcool standard par jour pour personnes de moins de 70 ans¹¹

HOMME						
Type d'affection ou de maladie	Proportion de tous les décès 2002-2005	Nombre de consommations quotidiennes				
		1	2	3 à 4	5 à 6	6 et +
Accident vasculaire cérébral (morbidité)	—	+11	+23	+44	+78	+156
Accident vasculaire cérébral (mortalité)	1 sur 30	+10	+21	+39	+68	+133
Accident vasculaire cérébral ischémique (morbidité)	—	-13	0	0	+25	+63
Accident vasculaire cérébral ischémique (mortalité)	1 sur 80	-13	0	+8	+29	+70
Diabète	1 sur 30	-12	0	0	0	+72
Hypertension artérielle	1 sur 150	+13	+28	+54	+97	+203
Cirrhose (morbidité)		0	0	+33	+109	+242
Cirrhose (mortalité)	1 sur 90	+26	+59	+124	+254	+691
FEMME						
Type d'affection ou de maladie	Proportion de tous les décès 2002-2005	Nombre de consommations quotidiennes				
		1	2	3 à 4	5 à 6	6 et +
Cancer du sein	1 sur 45	+13	+27	+52	+93	+193
Attaque d'apoplexie hémorragique (morbidité)		-29	0	0	+78	+249
Attaque d'apoplexie hémorragique (mortalité)	1 sur 20	+22	+49	+101	+199	+502
Accident vasculaire cérébral ischémique (morbidité)		-18	-13	0	+31	+121
Accident vasculaire cérébral ischémique (mortalité)	1 sur 65	-34	-25	0	+86	+497
Diabète	1 sur 30	-36	-40	0	+739	+1560
Hypertension artérielle	1 sur 85	0	+48	+161	+417	+1414
Cirrhose (morbidité)		+21	+70	+125	+182	+260
Cirrhose (mortalité)	1 sur 160	+139	+242	+408	+666	+1251

6.2.2. Toxicomanie et troubles concomitants

En 2014-2015, 18 % de la population lanauoise de 15 ans et plus a déclaré avoir consommé de la drogue au cours des douze derniers mois. Le pourcentage de consommateurs est nettement plus élevé chez les hommes (22 %) que chez les femmes (15 %). Cette situation est également observée chez les consommateurs de cannabis (marijuana ou haschich). (Service de surveillance, recherche et évaluation, 2015, mise à jour 2016)

Par ailleurs, la prévalence à vie des problèmes de consommation est estimée à 24 % chez les sujets présentant un trouble anxieux, à 32 % chez ceux qui présentent un trouble de l'humeur, à 47 % chez ceux qui présentent un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizophréniforme, à 61 % chez les personnes présentant un trouble bipolaire et à 84 % chez celles qui présentent un trouble de personnalité antisociale. Comité permanent sur les troubles concomitants (2005).

¹¹ Alcool et Santé, Les effets de la consommation abusive d'alcool, (Éduc'alcool), 2007, 16 p.

Les travaux américains plus récents de Grant et coll. (2004) ont révélé des prévalences actuelles de troubles liés à l'utilisation d'une substance de 20 % chez les personnes présentant un trouble actuel de l'humeur indépendant (c'est-à-dire non induit par l'utilisation de psychotropes) et de 15 % chez celles présentant un trouble anxieux actuel indépendant (c'est-à-dire non induit par l'utilisation de psychotropes), en comparaison à 9 % pour l'ensemble de la population. Comité permanent sur les troubles concomitants (2005).

Compte tenu de la prévalence des problématiques de santé mentale et de dépendance dans la population itinérante, il apparaît important de fournir quelques données qui permettent de mieux cerner les enjeux liés à la mise en place d'une équipe itinérance. Les tableaux qui suivent mettent en lumière la corrélation entre la dépendance et la santé mentale afin de saisir les enjeux liés à une intervention auprès des clientèles itinérantes aux prises avec l'une ou l'autre de ces problématiques.

Tableau 2 Prévalence dans la population des problèmes de dépendance, des troubles mentaux et de leur concomitance

Descriptif – (source CAMH 2010)¹²	Taux de population	Complément d'information
<i>Pourcentage de gens ayant un problème de santé mentale et un trouble lié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie plus tard dans la vie</i>	30 %	<i>Ce pourcentage est deux fois supérieur à celui des personnes n'ayant pas eu de trouble de santé mentale au cours de leur vie</i>
<i>Personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble lié à l'alcoolisme et un trouble de santé mentale au cours de leur vie dans la vie</i>	37 %	<i>Ce taux est près de deux fois celui relevé chez les personnes n'ayant pas eu de trouble lié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie au cours de leur vie</i>
<i>Personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble lié à la toxicomanie et un trouble de santé mentale au cours de leur vie dans la vie</i>	53 %	<i>Ce taux est près de quatre fois supérieur au taux relevé chez les personnes n'ayant pas eu de trouble lié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie au cours de leur vie</i>
<i>Personnes ayant eu un trouble anxieux et un trouble lié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie au cours de leur vie</i>	24 %	<i>Dans l'ensemble, de 10 à 25 % des gens ont un trouble anxieux au cours de leur vie</i>
<i>Personnes ayant vécu une dépression majeure et un trouble lié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie plus tard dans la vie</i>	27 %	<i>Dans l'ensemble, de 15 à 20 % des gens connaissent une dépression majeure au cours de leur vie</i>
<i>Personnes ayant eu un trouble bipolaire et un trouble lié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie plus tard dans la vie</i>	56 %	<i>Dans l'ensemble, de 1 à 2 % des gens ont un trouble bipolaire au cours de leur vie</i>
<i>Personnes qui sont atteintes de schizophrénie et un trouble lié à l'alcoolisme ou à la toxicomanie plus tard dans la vie</i>	47 %	<i>Dans l'ensemble, 1 % des gens sont atteints de schizophrénie au cours de leur vie</i>
Descriptif – (source EQSP 2008)¹³		Complément d'information
<i>Québécois âgés de 15 ans et plus, ont consommé des substances psychoactives (SPA) au cours de l'année de référence de l'enquête</i>	13 %	
<i>Québécois qui confirme avoir consommé du cannabis au cours de l'année de référence de l'enquête</i>	10,1 %	<i>Consommation au cours de leur vie 44,5 % affirment avoir consommé du cannabis</i>
<i>Québécois qui confirme avoir consommé de la cocaïne ou du crack au cours de l'année de référence de l'enquête</i>	0,9 %	<i>Consommation au cours de leur vie 7,8 % affirment avoir consommé de la cocaïne</i>
Descriptif - Données ESCC 2014¹⁴		Complément d'information
<i>Consommation nocive d'alcool des personnes ayant eu un trouble dépressif majeur au cours de l'année de référence</i>	12,3 %	<i>7 % dans la population générale</i>
<i>Dépendance à l'alcool des personnes ayant eu un trouble dépressif majeur au cours de l'année de référence de l'enquête</i>	5,8 %	<i>2,6 % dans la population générale</i>
<i>Dépendance aux drogues des personnes ayant eu un trouble dépressif majeur au cours de l'année de référence de l'enquête</i>	3,2 %	<i>0,8 % dans la population générale</i>

¹² Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : guide d'information /W.J. Wayne Skinner ... [et al.].CAMH, 2010, 66 p.

¹³ CAMIRAND, Hélène, Francine BERNÈCHE, Linda CAZALE, Renée DUFOR, Jimmy BAULNE et autres, L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010. 205 p.

¹⁴ Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC), 2014

6.3. Santé physique

Selon Boydell, Goering et Morell-Bellai (2000), les personnes en situation d'itinérance présentent une vulnérabilité au niveau de leur santé. Ce même constat est émis par Laberge, Morin et Roy (2000) qui démontrent qu'elles ne disposent pas d'outils nécessaires pour faire appel aux ressources disponibles et pour prendre soin d'elles-mêmes. Par ailleurs, on constate que leurs conditions se détériorent parce qu'elles tardent à consulter (Desai et Rosenheck, 2005). Marks et al. (2000) démontrent à ce propos que les personnes itinérantes agissent lorsqu'elles sont en situation de crise. Elles utilisent fréquemment les services d'urgence des centres hospitaliers (Thibaudeau, 2000).

Les problèmes de santé physique rencontrés chez les personnes itinérantes sont plutôt associés à leurs conditions de vie. À Toronto, leur taux de mortalité serait de deux à huit fois supérieures à celui observé dans la population générale. (Hwang, 2000)

Une autre étude basée sur les résultats d'un sondage auprès de personnes itinérantes (Everett, 2012) nous apprend que le tiers des personnes sont devenues itinérantes parce qu'elles ne pouvaient pas payer leur loyer, et un autre tiers a établi que leurs maladies physiques ou mentales les ont empêchées d'obtenir et de garder un logement. Cette même étude présente aussi un taux élevé de maladies physiques chez ces personnes itinérantes, alors qu'elles étaient:

- 29 fois plus susceptibles d'être atteintes d'hépatite C ;
- 20 fois plus susceptibles d'être atteintes d'épilepsie ;
- 10 fois plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie du cœur ;
- 4 fois plus susceptibles d'être atteintes de cancer ;
- 3 fois plus susceptibles d'être atteintes d'asthme ;
- 3 fois plus susceptibles d'être atteintes d'arthrite ou de rhumatisme ;
- 2 fois plus susceptibles d'être atteintes de diabète.

La recherche a également démontré qu'au cours de l'année de référence :

- 50 % des personnes ont été aux prises avec une grave dépression ;
- 1 personne sur 10 a tenté de se suicider ;
- 1 personne sur 3 a été agressée physiquement ;
- 1 personne sur 8 a été agressée par la police.

6.4. Socialisation

Les personnes itinérantes ont des rapports quotidiens très difficiles avec les ressources (difficultés d'ordre interpersonnel, relationnel, problèmes de perceptions négatives et de non-conformité aux règles des établissements, etc.) et cela complexifie encore davantage leur situation. (Khandor et Mason, 2007)

Les personnes itinérantes aux prises avec un problème de santé sont dans un double contexte d'incertitude lié à la vie dans la rue et à la maladie. Quand on vit dans la rue, l'accès continu aux ressources matérielles, physiques et relationnelles, et leur mobilisation sont pratiquement impossible (Roy et Grimard, 2006). En effet, cela transforme de façon importante, voire radicale, les représentations qu'elles se font de la vie et des rapports interindividuels et sociaux. La perception de soi et les repères

temporels s'en trouvent tout aussi affectés. La projection de soi est également réduite aux contraintes de l'immédiat et de la quotidienneté. Dans un tel contexte, l'organisation des actions se fait selon des priorités démontrant la vulnérabilité liée aux conditions de vie et la nécessité de survivre dans l'immédiat (manger, dormir, se désennuyer, etc.).

Selon Hurtubise et al. (2007), l'expérience de la rue affecte également de façon très négative l'image de soi, la perception de sa propre valeur et la perception de sa capacité personnelle à s'en sortir. Dans ce contexte, l'organisation de la vie quotidienne et le suivi médical relèvent de l'exploit. Par exemple, le simple respect d'un rendez-vous avec un professionnel de la santé est difficile, puisque le rapport au temps et à l'engagement est perturbé. La capacité de se projeter dans l'avenir est aussi affectée par la précarité des conditions d'existence.

Enfin, l'adoption d'une identité itinérante, décrite principalement dans le cas d'itinérance chronique, entrave souvent l'établissement de liens avec le milieu de soins, qui serait nécessaire à la reprise en main de leur santé (Snow et Anderson, 1987). En effet, une intervention efficace suppose une collaboration étroite entre patients et soignants afin d'accroître les pratiques de prévention et le suivi thérapeutique (Friedland et Williams, 1999).

7. Conditions de vie dans Lanaudière

Les données suivantes mettent en lumière divers aspects qui ont un impact sur les conditions de vie et la vulnérabilité de la population lanaudoise et qui pourraient constituer des facteurs de risque à l'itinérance.

7.1. Données socioéconomiques¹⁵

Les données socioéconomiques des femmes et des hommes démontrent que la précarité financière est un facteur clairement associé à l'itinérance. Les emplois faiblement rémunérés, le manque de protection sociale, les pertes économiques lors d'une séparation, la maternité précoce, les difficultés à poursuivre et à réussir sa scolarité et la difficulté à intégrer le marché du travail prédisposent à l'itinérance.

En 2011, environ 84 % des lanaudois vivent au sein d'une famille avec ou sans enfants, 10 % demeurent seuls, 4,3 % vivent avec des personnes apparentées (oncle, nièce, cousin, etc.) ou non, alors que 1,4 % résident dans des ménages collectifs (maisons de chambres, prisons, centres d'hébergement, résidences religieuses, etc.). Dans la région, 48 435 personnes vivent seules, dont 51 % sont des femmes. Les aînés, plus particulièrement les femmes (33 % contre 17 % pour les hommes), sont également plus nombreux, en proportion, à vivre seuls.

Un peu plus de 21 700 des 138 800 familles avec ou sans enfants du territoire sont monoparentales et trois sur quatre sont dirigées par des femmes. Parmi les familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 18 ans dont le chef est une femme, 27 % ont au moins un enfant de moins de 6 ans, 54 % ont au moins un enfant de 6-14 ans et 25 % ont au moins un enfant de 15 à 17 ans. On remarque que les

¹⁵ Ce texte s'inspire fortement du portrait populationnel rédigé par le Service de surveillance, recherche et évaluation en 2015, mise à jour en 2016. Les statistiques présentées sont issues des banques de données disponibles au moment de sa rédaction.

parents seuls masculins habitent plus souvent avec des adolescents et moins avec des enfants d'âge préscolaire.

Dans Lanaudière, toujours en 2011, 18 % des adultes de 25 à 64 ans n'ont pas de diplôme d'études secondaires, 22 % ont un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent et 60 % de ceux-ci détiennent un diplôme d'études postsecondaires. Les femmes semblent être, en proportion, moins nombreuses que les hommes à ne pas avoir de diplôme secondaire (17 % contre 19 %), mais elles seraient plus nombreuses à posséder un diplôme d'études secondaires (23 % contre 21 %). Par ailleurs, 15 % des femmes possèdent un diplôme ou un grade universitaire contre 11 % des hommes¹⁶. Il faut également souligner qu'en 2012-2013, 14 % des élèves lanaudois ont interrompu leurs études secondaires sans qualification ni diplôme. Le décrochage scolaire au secondaire est plus élevé chez les garçons (18 %) que chez les filles (10 %).

Le taux d'emploi¹⁷ de la population de Lanaudière atteint 58 % chez les femmes, comparativement à 65 % chez les hommes. Le taux d'emploi varie selon l'âge. Parmi les jeunes de 15-24 ans le taux de femmes sur le marché du travail est un peu plus élevé que chez les hommes. À partir de 25 ans, les hommes s'en tirent mieux, une situation qui augmente avec l'âge. En effet, l'écart d'un peu plus de 5 points de pourcentage qui distingue les taux d'emploi des femmes et des hommes de 25 à 44 ans (82 % contre 87 %) frôle les 11 points chez ceux de 45 à 64 ans (63 % contre 74 %). Même à 65 ans et plus, le taux d'emploi des femmes (5,2 %) demeure inférieur à celui des hommes (12 %).¹⁸

La poursuite des études au-delà du niveau secondaire paraît un choix « payant » pour les femmes. En effet le taux d'emploi des femmes sans diplôme d'études secondaires est de 28 %, ce qui est bien inférieur à celui des hommes (45 %). Avec l'obtention d'au moins un certificat ou un diplôme d'apprenti ou d'école de métiers, l'écart du taux d'emploi entre les deux sexes diminue, quoique toujours en faveur des hommes. Avec l'obtention d'un diplôme universitaire, le taux d'emploi des femmes surpasse alors celui des hommes (81 % contre 77 %)¹⁹.

Concernant le taux de chômage²⁰, on observe que celui des femmes est inférieur à celui des hommes (5,8 % contre 6,8 %). Autant chez les femmes que chez les hommes, les taux les plus élevés sont constatés parmi les jeunes de 15 à 24 ans (5,8 % et 6,8 %) et les adultes de 65 ans et plus (14 % et 10 %)²¹.

L'apparente contradiction observée entre les taux d'emploi et les taux de chômage selon le sexe semble provenir du taux d'activité plus faible chez les femmes que chez les hommes (62 % contre 70 %) et non d'un meilleur accès aux emplois. Le taux de chômage pourrait en partie être biaisé par une ouverture moindre du marché du travail à l'égard des femmes.

¹⁶Données issues du fichier 99-014-X2011016.ivt de l'*Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011* de Statistique Canada.

¹⁷Ce taux correspond au pourcentage de la population qui occupe un emploi, pendant la semaine du dimanche 1^{er} mai au samedi 7 mai 2011, par rapport à la population totale de 15 ans et plus.

¹⁸Données issues du fichier de l'*Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011* de Statistique Canada

¹⁹Données issues du fichier 99-012-X2011055 de l'*Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011* de Statistique Canada.

²⁰Ce taux correspond au pourcentage de la population en chômage, pendant la semaine du dimanche 1^{er} mai au samedi 7 mai 2011, par rapport à la population active de 15 ans et plus.

²¹Données issues du fichier 99-012-X2011055 de l'*Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011* de Statistique Canada.

Parmi la population lanauoise de 15 ans et plus ayant déclaré un revenu en 2010, 38 % ont un revenu annuel après impôt de moins de 20 000 \$, 37 % entre 20 000 \$ et 39 999 \$ et 26 % un revenu supérieur à 40 000 \$. C'est 6,8 % de la population qui a touché un revenu de 60 000 \$ et plus. Des écarts substantiels s'observent selon le sexe : 45 % des femmes et 30 % des hommes ont un revenu après impôt de moins de 20 000 \$ alors que 3,3 % des femmes contre 10 % des hommes ont un revenu de 60 000 \$ et plus.

En 2011, 19 410 femmes et 16 520 hommes vivent sous le seuil de faible revenu après impôt dans la région de Lanaudière, ce qui représente 8,3 % des femmes et 7,1 % des hommes vivant dans les ménages privés. Peu importe le groupe d'âge, les femmes y sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses. C'est chez les 55 à 64 ans que les Lanaudoises (11 %) et les Lanaudois (9,3 %) sont les plus susceptibles de vivre sous le seuil de faible revenu après impôt.

En 2016, 5,4 % des femmes et 5,7 % des hommes âgés de moins de 65 ans reçoivent des prestations d'aide sociale dans la région.

7.2. Femmes des communautés culturelles et les femmes autochtones

Selon l'organisme La Rue des Femmes de Montréal (2010) :

« Un nouveau phénomène se pointe dans le monde de l'itinérance des femmes. Ce sont les femmes qui se retrouvent sans toit après leur arrivée au Québec. La plupart d'entre elles sont issues de pays ou de milieux où les droits et conditions des femmes sont loin d'être acceptables aux yeux de l'Amérique du Nord. Certaines sont des réfugiées qui ont fui des régimes où leur vie était menacée. Elles ont souvent vécu des drames et des traumatismes dans leur pays d'origine. D'autres fuient un milieu familial abusif et violent. Elles n'ont pas de famille sur qui compter. Ces « itinérantes ethniques » ont en commun de ne pas connaître les services institutionnels auxquels elles auraient droit et beaucoup ne maîtrisent ni le français ni l'anglais. Leurs problématiques ressemblent à celles des autres femmes en état d'itinérance à cela près qu'elles sont davantage dépayées et vivent de grands problèmes de communication et de mentalité. » (p. 9)

Aussi La Rue des Femmes de Montréal rapporte que les femmes autochtones, elles sont aux prises avec des violences extrêmes subies dans leur communauté.

« [...] ces femmes fuient le Nord et descendent vers le Sud. Malheureusement à Montréal, plusieurs de ces femmes se retrouvent à la rue où elles sont à nouveau victimes de la violence, cette fois-ci de celle de la rue. Les problèmes de consommation font que leur situation s'empire. Les ressources existantes ne parviennent pas à soutenir ces femmes » (La rue des Femmes de Montréal, 2010, p.9)

7.3 Urbanité, ruralité

Il y a peu de données en ce qui concerne les distinctions entre l'itinérance dans les communautés rurales et urbaines. Cependant, comme la région de Lanaudière compte des communautés rurales et urbaines, certaines informations issues de la recension des écrits méritent d'être prises en considération.

Une seule étude en Ohio portant sur la question des femmes itinérantes relève que la pauvreté en zone rurale et l'itinérance rurale sont reliées à des causes économiques. Le resserrement du marché du logement et le taux de très grande pauvreté chez les femmes cheffes de famille dans les zones rurales les rendent particulièrement vulnérables. La différence la plus évidente avec le milieu urbain concerne le soutien social qui semble être plus disponible en milieu rural. En revanche, on relève une similitude marquante : l'importance du rôle des conflits familiaux et de l'éclatement des familles dans les causes qui accélèrent le processus de descente à la rue. (Cummins , First et Toomey, 1998)

Différentes explications sont également relevées pour éclairer la genèse de l'itinérance en région: disparition des fermes, transformation du milieu industriel, déclin des entreprises manufacturières, qualifications non adaptées au marché actuel, appauvrissement des ménages, que ce soit du fait de problèmes d'emploi ou de l'éclatement familial (monoparentalité, appauvrissement des femmes cheffes de famille), insalubrité des logements, et absence de logements à prix modique et dans certaines communautés, migration des populations urbaines à faible revenu vers les petites villes (Fitchen, 1992). Ainsi la pauvreté, la précarité et les problèmes de logement (salubrité et sécurité pour les personnes ayant de faibles revenus) constituent aussi des dimensions centrales de l'itinérance rurale)²².

8. Caractéristiques de l'itinérance des femmes

Le phénomène de l'itinérance à Montréal a longtemps été associé à une réalité masculine, bien que les premières ressources d'aide pour les femmes datent de 1890 (Armée du Salut, 2011 et 1932) (Le Chaînon, 2008.) À cette époque, l'itinérance féminine n'était pas reconnue et semblait inconcevable.

Mercier, Fournier et Racine (1994), se réfèrent aux écrits de Cabana-Renaud (1983) pour mentionner que le phénomène, bien que présent depuis longtemps, ne portait pas d'étiquette formelle. Il n'était donc pas reconnu comme phénomène social. «Les femmes sans abri faisaient alors appel aux organismes d'aide existants, lesquels ne se définissaient pas alors comme des services pour sans-abri [...]». Durant l'ère industrielle, soit au 19^e siècle, la notion de vagabondage prévalait et était associée aux désordres liés à l'alcoolisme et à la prostitution. Le concept d'itinérance féminine était alors inconcevable. «Pour les élites montréalaises, le vagabondage est l'un des phénomènes expliquant ce «désordre» auquel il faut s'attaquer» (p. 4). Ainsi, comme l'explique Poutanen (1999), différentes mesures étaient alors déployées, dont un meilleur contrôle des espaces publics, notamment par la police pour faire face au vagabondage (p. 34). Les rues seront alors condamnées comme le réceptacle «*of the idle, the drunk and disorderly, and the indecent*» (Poutanen, 1999, p. 34).

Dans les faits, les premières recherches portant sur l'itinérance féminine ont débuté au Québec dans les années 1980. Laberge, Morin et Roy. (2000) rapportent que « l'itinérance chez les femmes n'a que rarement été posée de façon spécifique; elle a plutôt été fondue dans le phénomène global » (p.?)

²² Information provenant de la recherche Itinérance en Montérégie. Comprendre le phénomène et identifier les besoins. Par Shriley ROY, Roch Hurtubise et marielle Rozier, octobre 2003.

La section suivante permet d'identifier des facteurs de risque pouvant mener à l'itinérance et les principales spécificités de l'itinérance au féminin. Les différences entre l'itinérance féminine et l'itinérance masculine se manifestent spécifiquement au niveau :

- des violences;
- des mécanismes de survie;
- du souci de l'apparence et de l'hygiène;
- de la maternité et de la famille;
- du logement;
- de l'ouverture aux thérapies.

Comme abordé dans la section 3 « définitions », l'itinérance invisible est plus répandue chez les femmes et est difficilement quantifiable.

8.1 Violence

Les femmes itinérantes sont fragilisées par plusieurs expériences de la violence. Cette violence sous toutes ses formes (physique, psychologique, morale, économique, systémique) constitue souvent un facteur déclencheur vers l'itinérance, comme le rapporte Mercier (1996) : « La violence familiale, sévices physiques, et sexuels, pousse un nombre important de femmes et de jeunes à quitter leur domicile. »

L'itinérance est alors abordée comme une fuite, une stratégie pour échapper à un contexte de violence familiale ou conjugale. Gélinau et al (2008) parlent de « stratégies de survie » En effet, la violence antérieure à l'itinérance dans l'enfance, l'adolescence ou l'âge adulte demeure un élément déclencheur et de fragilisation spécifique aux femmes.

L'itinérance se présente donc d'une part, comme une stratégie, une réponse à la violence vécue dans les domiciles des femmes et d'autre part, comme une expérience d'où peuvent émerger des actes de violence. À cet effet, la préoccupation de devoir se protéger de possibles actes de violence à leur égard et d'assurer leur survie devient omniprésente.

Toutes les études s'entendent pour dire que l'itinérance féminine et la violence sont des problématiques intimement liées. Ainsi, nombre de récits d'itinérance et d'études rapportent des pourcentages élevés de femmes itinérantes ayant subi des violences physiques ou sexuelles durant l'enfance.

La violence familiale est une cause majeure d'itinérance chez les femmes. Bien que certaines femmes recourent aux refuges pour femmes victimes de violence, d'autres finissent par fréquenter les refuges pour sans-abri. Un dénombrement ponctuel des femmes résidentes effectué en 2010 réalisé dans différentes villes canadiennes a démontré que la violence était la raison la plus communément citée pour les admissions (71 %) et la majorité (60 %) ne l'avait pas rapporté à la police (Burcycka et Cotter, 2011:5). Ainsi, de nombreuses femmes éviteraient à tout prix le système des refuges.

Chez les femmes sans abri, l'abandon, la séparation, la violence physique ou sexuelle dans l'enfance ou à l'âge adulte constituent des facteurs d'importance dans leur parcours vers l'itinérance. Une étude canadienne estime qu'entre 50 % et 75 % des femmes en situation d'itinérance ont vécu de la violence ou des abus (Gaetz, 2012)

8.1.1. Victimes d'infractions sexuelles

Quand les femmes deviennent sans-abri, elles sont sujettes à un plus grand risque de violence et d'agression ainsi que d'exploitation et de sévices sexuels (Gaetz, O'Grady et Buccieri, 2010). D'après une étude ontarienne (Gaetz, 2012), les femmes vivant en situation d'itinérance seraient 10 fois plus susceptibles d'être agressées sexuellement et 21% auraient été agressées sexuellement ou violées à une ou plusieurs occasions au cours de la dernière année de l'étude.

Les prochaines statistiques citées en matière d'agressions sexuelles sont colligées à partir des données enregistrées par les corps de police du Québec. Elles regroupent les agressions sexuelles et les infractions d'ordre sexuel. Les constats suivants peuvent en être tirés :

- Le taux de victimisation, soit le nombre de victimes signalées par 100 000 personnes, est au moins cinq fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.
- En 2004, on dénombrait 5 247 victimes déclarées d'agressions sexuelles, ce qui représente une hausse des déclarations par rapport aux années antérieures, et plus particulièrement une hausse de 26,6 % entre 1997 et 2004. Il y aurait de plus 4,5 fois plus de victimes de sexe féminin (82 %) que de sexe masculin (18 %).
- Les auteurs présumés des agressions sexuelles sont de sexe masculin dans 97 % des cas.
- Chez les moins de 18 ans, les agressions sexuelles font au-delà de trois fois plus de victimes chez les filles que chez les garçons (146 et 44 pour 100 000)²³.

Dans Lanaudière, chez la population adulte, il y a dix fois plus de victimes chez les femmes que chez les hommes (28 pour 100 000 contre 2,7 pour 100 000). Le taux de victimisation est relativement similaire pour les autres types d'infractions (2,7 pour 100 000 femmes contre 2,0 pour 100 000 hommes). (Camarra, 2016)

Dans la rue, les femmes ont 20 fois plus de risques d'être victimes d'une agression que les autres femmes. Leur vulnérabilité les amène à être des victimes potentielles ciblées par les gangs de rue, les proxénètes et les agresseurs sexuels.

8.1.2 Victimes de violence conjugale

En 2011, parmi la population adulte de 18 ans et plus de la région, 52 % des femmes et 21 % des hommes victimes d'actes criminels le sont dans un contexte conjugal. Selon les données du ministère de la Sécurité publique, 934 femmes et 330 hommes ont signalé avoir été victimes de violence conjugale, soit un taux de victimisation presque trois fois plus élevé chez les femmes (501 pour 100 000) que chez les hommes (178 pour 100 000).²⁴

Dans la région, 74 % des victimes adultes de violence conjugale sont des femmes. Parmi les auteurs présumés d'actes de violence conjugale envers les femmes, la majorité sont des ex-conjoints (49 %) ou des conjoints (44 %). Dans 6,8 % des cas, ce sont plutôt des

²³Tiré de Gouvernement du Québec, Rapport du groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel, Bibliothèque nationale du Québec, 1995, 168 p.<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807/95-802.pdf>

²⁴Ce texte s'inspire fortement du document de Camarra, J. *Portrait statistique Égalité des femmes hommes. Région de Lanaudière* produit en 2016.

amis. Les voies de fait, le harcèlement criminel et les menaces sont les infractions en contexte conjugal les plus signalées. Par ailleurs, les agressions sexuelles (8,1 victimes pour 100 000 chez les Lanaudoises par rapport à moins de 1 victime pour 100 000 chez les Lanaudois), ainsi que les enlèvements et la séquestration (25,2 victimes pour 100 000 chez les Lanaudoises, mais aucune du côté des Lanaudois) concernent surtout les femmes.²⁵

Selon une enquête canadienne sur la violence conjugale (Laroche, 2004), 1,6 fois plus de femmes que d'hommes déclarent avoir vécu de 4 à 10 événements et 2,4 fois plus de femmes que d'hommes ont vécu plus de 10 événements. « Les femmes seraient par conséquent plus susceptibles que les hommes d'être victimes de violence conjugale grave, préjudiciable et répétée. ». Il ressort également que :

- Les victimes déclarées de violence conjugale sont des femmes dans plus de quatre cas sur cinq. Chez les femmes, les cas déclarés de violence conjugale constituaient, en 2001, 39 % des crimes contre la personne, comparativement à 7 % chez les hommes.
- Le taux de victimisation, soit le nombre de victimes signalées par 100 000 personnes, est au moins cinq fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.
- Les femmes représentaient 12,5 % des auteurs (déclarés) présumés d'actes de violence conjugale, et les hommes, 87,5 %.

8.2 Souci de l'apparence

Pour éviter d'être stigmatisées lorsqu'elles sont dans la rue, les femmes adoptent des mécanismes de survie.

Entre autres, les femmes itinérantes se soucient davantage de prendre soin de leur apparence et de leur hygiène que les hommes. Cette facette contribue à leur invisibilité, tout en favorisant le maintien de leur dignité. Le fait de prendre soin d'elles diminue le risque d'être étiquetées comme itinérantes et augmente leurs possibilités d'accéder en toute liberté à des lieux publics sécuritaires (bibliothèque, centre commercial, commerce, église, etc.) pour répondre à des besoins de base, soit se loger, se nourrir et se protéger (Casey, Goudie et Reeve, 2008)

8.3 Maternité, famille et logement

La maternité constitue également une spécificité féminine. Un grand nombre de femmes enceintes, mères et grand-mères se retrouvent souvent à risque d'itinérance. Ayant une santé économique fragile, elles ont peine à maintenir une stabilité domiciliaire. A cet effet, une étude canadienne rapporte que les femmes mères de jeunes enfants ont été identifiées comme étant à risque plus élevé de résider dans un domicile inadéquat que la moyenne. Également, les familles sont considérées comme étant le groupe en croissance le plus rapide chez les populations itinérantes. Les femmes avec des enfants demeurent particulièrement vulnérables à vivre un parcours d'itinérance empreint de violence et de pauvreté. Selon la rue des Femmes de Montréal (2010) :

« Chez les femmes en état d'itinérance, plusieurs d'entre elles ont eu des enfants et en ont perdu la garde à cause de leurs problèmes multiples.

²⁵ ibidem.

Lorsqu'elles deviennent enceintes, elles sont confrontées à la perspective de perdre la garde de leur enfant dès la naissance, car elles ne sont ni en état ni en situation de l'assumer. [...]

Celles qui ont connu la maternité et la perte de garde de leurs enfants vivent un déchirement extrême que ne connaissent pas avec autant d'acuité les hommes. La perte de leur enfant ajoute au sentiment d'échec de leur vie. C'est un traumatisme extrêmement difficile à vivre qui laisse souvent de graves séquelles. Leurs attentes de guérison accordent beaucoup d'importance à la reprise de contacts avec leurs enfants.

Pour les femmes, il y a aussi le risque de devenir enceintes alors qu'elles sont sans abri. Les moyens contraceptifs ne sont pas toujours à leur disposition. La prostitution est trop souvent un moyen de survie. L'arrivée d'une grossesse, désirée ou non, amplifie leurs problèmes et commande des services adaptés». (p.5)

8.4 Logement

Certains chercheurs précisent que les femmes mères de jeunes enfants sont à plus haut risque de vivre une situation précaire liée à leur logement et expriment avoir peur de fréquenter les ressources d'hébergement d'urgence (RHU) et les refuges par crainte que des signalements soient faits à la protection de la jeunesse et qu'elles perdent la garde de leurs enfants.

Aussi, il est noté que les femmes itinérantes recherchent davantage un logement et non une chambre; soucieuse de loger le plus adéquatement possible leurs jeunes enfants et de leur préparer des repas ou voulant accueillir occasionnellement ceux qui sont plus âgés. Un espace trop exigu ne leur conviendrait pas à long terme et pourrait nuire à leur réintégration sociale globale et celle de leurs enfants.

8.5 Réceptivité aux thérapies

Selon La rue des Femmes de Montréal (2010) :

« Les femmes itinérantes sont plus ouvertes à faire une démarche thérapeutique. Avant de penser à la réintégration sociale, il faut penser à une réintégration personnelle. Nous reconnaissons chez les femmes itinérantes beaucoup d'insécurité, de peur et de méfiance qui les rendent difficiles à apprivoiser. Paradoxalement, ces mêmes femmes, une fois apprivoisées, se montrent beaucoup plus réceptives aux thérapies individuelles et de groupe pour se reconstruire. [...] Par contre, nous ne nous surprenons pas de voir les femmes réticentes aux traitements par médication, la solution plus expéditive des institutions hospitalières.

L'approche de réhabilitation par thérapie demande beaucoup de temps et aussi l'établissement d'un climat de confiance avec les personnes intervenant auprès d'elles. L'ouverture des femmes aux thérapies et leur participation sont une source d'espoir en leur potentiel de réintégration sociale. L'état d'itinérance n'est pas irréversible. » (p.7)

9. Conclusion

L'itinérance féminine présente un portrait différent de celle des hommes, tant au niveau de son modus operandi que des problématiques qui y sont associées. Les violences auxquelles les femmes sont confrontées dans la rue les obligent à une adaptation de leurs mécanismes de survie et influencent leurs comportements. L'invisibilité des femmes en situation d'itinérance est un exemple des stratégies qu'elles utilisent afin de se prémunir et de se protéger. Cette difficulté à les reconnaître dans les lieux publics présente un défi pour les intervenants et les intervenantes qui doivent apprendre à repérer ces femmes. C'est un élément important avec lequel il faut apprendre à composer afin d'adapter les interventions et établir des stratégies de prévention efficaces et efficientes.

Le présent document est un outil permettant de mieux comprendre la complexité du phénomène et de mettre en lumière les facteurs de risque et de vulnérabilité associés à la condition des femmes qui se retrouvent à la rue. Devant cet état de fait, il importe de rendre accessibles des services adaptés, sécuritaires et exempts de violence pour ces femmes.

10. Bibliographie

- Alcool et Santé, Les effets de la consommation abusive d'alcool, Éduc'alcool, 2007, 16p.
- Armée du Salut. 2011. « Femmes ». Armée du Salut. En ligne. <<http://www.armeedusalut.ca/femmes>>.
- Barbara Everett, Itinérance et maladie mentale (Canada) http://agora.qc.ca/thematiques/mort/documents/itinérance_et_maladie_mentale_canada
- Boydell, K., P. Goering et T.L. Morell-Bellai. 2000. « *Narrative of Identity: Representation of Self in People who are Homeless* ». Qualitative Health Research, vol. 10, no 1, p. 26-38.
- Burczycka, Marta, Adam Cotter, Shelters for abused women in Canada, 2010
- Cadieux, Élisabeth, Estelle Dionne, Josée Payette et François Savoie. *Estimation des personnes en situation ou à risque d'itinérance dans Lanaudière. Projet-pilote, Hiver 2011*, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, et Table Action Prévention en Itinérance de Lanaudière, septembre 2011, 32 p.
- Cadieux, Élisabeth, Estelle Dionne, Josée Payette et François Savoie. *Estimation des personnes en situation ou à risque d'itinérance dans Lanaudière—Activité de dénombrement 2012*, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation et Table Action Prévention en Itinérance de Lanaudière, mars 2013, 24 p.
- Camirand, Hélène, Francine Bernèche, Linda Cazale, Renée Dufour, Jimmy Baulne et autres. L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010. 205 p. Camarra, Josée. *Portrait statistique Égalité femmes hommes. Région de Lanaudière*, Québec, Conseil du statut de la femme, 2016.
- Canada. Centre national d'information sur la violence dans la famille. Violence familiale et itinérance : Analyse documentaire. Rédigé par Sylvia Novac. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2006.
- Carrière, S., R. Hurtubise et É. Lauzon. 2003. Les défis de l'intervention en CLSC auprès des personnes itinérantes. Synthèse d'une journée d'échanges tenue le 15 novembre 2002. Montréal : CLSC des Faubourgs et CRI, 11 p.
- Casey, Rionach, Rosalind Goudie et Kesia Reeve. 2008. « *Homeless Women in Public Spaces: Strategies of Resistance* ». Housing Studies , vol. 23, no 6, p. 899-916.
- Comité permanent sur les troubles concomitants (2005). Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux : Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires, FQCRPAT, Montréal, p.12-14 de 48 p.
- Cummins, L.K., First, R.J. et Toomey, B.G. (1998). "Comparisons of Rural and Urban Homeless Women ". *Affilia journal of Women and Social Work*, 13(4), 435-453

- David A. Snow, Anderson, Leon, Identity work among the Homeless, The verbal construction and avowal of personal identities, American journal of sociology, vol.92, Issue 6, may 1987, p. 1336-1371.
- Desai, M.M. et R.A. Rosenheck. 2005. « *Unmet Need for Medical Care Among Homeless Adults with Serious Mental Illness* ». General Hospital Psychiatry, no 27, p. 418-425.
- Direction générale des politiques, avec la collaboration du Secrétariat à la condition féminine, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait- Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes, 2007, 94 p.
- Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Politique nationale de lutte à l'itinérance, Gouvernement du Québec, 2014, 74 p.
- Statistique Canada. *Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011*, fichier 99-014-X2011016.ivt. Statistique Canada. *Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011*, fichier 99-012-X2011055 de.
- Erika Khandor and Kate Mason, *The Street Health Report 2007*, Toronto: September 2007, 64 p.
- Everett, B. Itinérance et maladie mentale, Alliance Canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, 2012, <http://fr-ca.camimh.ca/mental-illness-awareness-week-english/a-propos-de-la-santé-mentale/quest-ce-que-la-maladie-mentale/itinérance-et-maladie-mentale/>.
- Fitchen, Janet M. On the Edge of Homelessness: Rural Poverty and Housing Insecurity, Department of Anthropology, Ithaca College, Ithaca, NY 14850,1992
- Fournier, L., & Chevalier, S. (1998). Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997. Québec: Santé Québec.
- Frankish, J., Hwang, S. et D. Quantz (2005). « Homelessness and Health in Canada : Research Lessons and Priorities », Canadian Journal of Public Health, no 96, S23-S29.
- Friedland, G.H. et A. Williams. 1999. « Attaining Higher Goals in HIV Treatment: The Central Importance of Adherence ». AIDS. vol. 13, suppl.. 1, p.S61-S72.
- Fuchs DF, Chambless LE, et al. Alcohol Consumption and the Incidence of Hypertension: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. Hypertension, 2001, p. 1242-50
- Gaetz, S., O'Grady, B., & Buccieri, K. (2010). *Surviving Crime and Violence Street Youth and Victimization in Toronto*. Toronto, ON: Justice for Children and Youth & the Homeless Hub.
- Gaetz, Stephen (2012): Le coût réel de l'itinérance : peut-on économiser de l'argent en faisant les bons choix? Toronto: Canadian Homelessness Research Network Press.

- Gaetz, Stephen; Donaldson, Jesse; Richter, Tim; & Gulliver, Tanya (2013): The State of Homelessness in Canada, 2013. Toronto: Canadian Homelessness Research Network Press. <http://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2014.pdf>
- Gélineau, L., Brisseau, N., Loudahi, M., Bourgeois, F., Potin, R., & Zoundi, L. (2008). Rapport de la recherche qualitative : la spirale de l'itinérance au féminin pour une meilleure compréhension des conditions de vie des femmes en situation d'itinérance de la région de Québec. Québec: (RIIQ).
- Gouvernement du Québec, Rapport du groupe de travail sur les agressions   caractère sexuel, Bibliothèque nationale du Québec, 1995, 168 p. [p.http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807/95-802.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-807/95-802.pdf)
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2004 Aug;61(8):807-16.
- Harris, S.N., C.T. Mowbray et A. Solarz. 1994. « Physical Health, Mental Health, and Substance Abuse Problems of Shelter Users ». Health & Social Work, vol. 19, no 1, p. 37-45.
- Hwang, S. W. 2000. « Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario », JAMA: The Journal of the American Medical Association, vol.283, no.16, p.2152-2157.
- Hurtubise, R., S. Roy, M. Rozier et D. Morin. 2007. « Agir sur sa santé en situation d'itinérance ». in L'itinérance en questions, (sous la dir. de), S. Roy et R. Hurtubise, Québec : Presses de l'Universit  du Québec, p. 355-374.
- Juilli re Y, Gillet C. Alcool et hypertension artérielle. Alcoologie 1996;18:331-4
- Khandor, Erika and Kate Mason, The street report 2007, This study was conducted by Street Health in partnership with the Wellesley Institute.66 p., <http://www.streethealth.ca/downloads/the-street-health-report-2007.pdf>
- Klatsky AL, Friedman GD, Siegelau AB, Gérard MJ. Alcohol consumption and blood pressure Kaiser-Permanente Multiphasic Health Examination data. N Engl J Med. 1977 May 26;296(21):1194-1200. [PubMed]
- Laberge, Danielle, Daphné Morin et Shirley Roy. 2000. «L'itinérance des femmes : les effets convergents de transformations sociétales ». In L'errance urbaine, sous la dir. De Danielle Laberge, p. 83-99. Sainte-Foy:  ditions du Multi Mondes.
- La rue des femmes de Montréal, Différenciation entre l'état d'itinérance au féminin et l'état d'itinérance au masculin, 2010, 13 p. <http://laruedesfemmes.org/sites/laruedesfemmes.org/files/Diff%C3%A9renciation%20de%20l%27itin%C3%A9rance%20f%C3%A9minin%20et%20masculin.pdf>
- Le Chaînon. 2008. « Historique ». *Le Chaînon, une histoire qui dure*. En ligne. <http://www.lechainon.org/fr/apropos/historique.php>

- L'étude Pathways to Homelessness study. Maladie mentale, itinérance et système de justice pénale au Canada. <http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/prb0402-f.htm>
- Lifetime alcohol drinking pattern is related to the prevalence of metabolic syndrome. The Western New York Health Study (WNYHS). Fan AZ, Russell M, Dorn J, Freudenheim JL, Nochajski T, Hovey K, Trevisan M. Eur J Epidemiol. 2006;21(2):129-38.
- Marks, S.M., Z. Taylor, N.R. Burrows, M.G. Qayad et B. Miller. 2000. « Hospitalization of Homeless Persons With Tuberculosis in the United States ». American Journal of Public Health, vol. 90, no 3, p. 435-438.
- McDonald, L., J. Dergal et L. Cleghorn (2007). « Living on the margins », Journal of Gerontological Social Work, vol. 49, no 1, p. 19-46. doi : 10.1300/J083v49n01_02
- Mercier, Céline, Louise Fournier et Guylaine Racine. 1994. «L'itinérance». Traité des problèmes sociaux, sous la dir. de Fernand Dumont, Yves Martin et Simon Langlois, p. 739-764. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Mercier, Céline. 1996. « Les femmes ». Sans domicile fixe : Au-delà du stéréotype, sous la dir. de Louise Fournier et Céline Mercier, p. 215-246. Montréal : Éditions du Méridien.
- Novac, S., Brown, J. & Bourbonnais, C. (1996). Elles ont besoin de toits : Analyse documentaire sur les femmes sans-abris. Centre canadien de documentation sur l'habitation, p.2
- Novac, S. (2006). Violence familiale et itinérance : Analyse documentaire, Centre national d'information sur la violence dans la famille, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, 59 p.
- Plan d'action interministériel en itinérance 2015-2020 mobilisés et engagés pour prévenir et réduire l'itinérance, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 2014, p.30.
- Poutanen, Mary Anne. 1999. «The Homeless, the Whore, the Drunkard, and Disorderly: Contours of Female Vagrancy in the Montreal Courts, 1810-1842 ». In Gendered Pasts :Historical Essays in Femininity and Masculinity in Canada, p. 29-47. Don Mills: Oxford, University Press.
- Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC), 2014
- Regier, D.A. M.E. Farmer, D.S. Rae et al., « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse », Journal of the American Medical Association, 264(19), 1990, p. 2511-2518.
- Revue Médicale Suisse, Revue Médicale Suisse N° 78 publiée le 13/09/2006 URL <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31629Riordan>, Timothy, Maladie mentale, itinérance et système de justice pénale au Canada, Bibliothèque du parlement, 2004, 14 p. PRB-04-02F

- Roy, S., et C. Grimard. L'itinérance : une question complexe. Survol de la littérature scientifique, Montréal, collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale, Université du Québec à Montréal, Département de sociologie, septembre 2006.
- Segaert, A. (2012). L'étude nationale sur les refuges : utilisation des refuges d'urgence au Canada, 2005 à 2009. Ottawa : Secrétariat des partenariats de lutte contre l'itinérance, Ressources humaines et développement des aptitudes Canada, p.15
- Service de surveillance, recherche et évaluation. *Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011, Lanaudière et ses territoires de RLS. Document synthèse*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique, Service de surveillance, recherche et évaluation, avril 2016, 32 p.
- Service de surveillance, recherche et évaluation. *La région de Lanaudière et sa population. État des lieux et perspectives*, Joliette, Centre intégré de santé et de services sociaux, Direction de santé publique, juillet 2015, mise à jour en octobre 2016, 36 p.
- Snow, David A, Anderson, Leon, Identity work among the Homeless, The verbal construction and avowal of personal identities, American journal of sociology, vol.92, Issue 6, may 1987, p. 1336-1371
- Thibaudeau, M.-F. 2000. « L'accès aux services de santé et leur utilisation par les personnes itinérantes ». L'errance urbaine (sous la dir. de) D. Laberge. Québec : Éditions Multimondes, p. 313-328.
- Trevisan, Louis A. M.D., Nashaat Boutros, M.D., Ismene L. Petrakis, M.D.,and John H. Krystal, M.D. Complications of Alcohol Withdrawal Pathophysiological Insights, 1998
- W.J. Wayne Skinner [et coll.]. Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : guide d'information/CAMH, 2010, 66 p.